№ 5 WARSZAWA, MAJ 1935 ROK VII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**

№ 5. WARSZAWA, MAJ 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dnia 12 maja 1935 r. zakończył życie
Wielki Budowniczy Niepodległości Ojczyzny Naszej
Pierwszy Marszałek Polski
JÓZEF
PIŁSUDSKI



Cześć i Hołd Pamięci Jego!

Podał: JAN TROICKI.

UWAGI O WARTOŚCI MOCZOPĘDNEJ „DEHYDRITU".

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Św. Ducha w Warszawie.
Kierownik: Dr. med. Stanisław Wąsowicz.

Do istniejących ogólnie znanych preparatów moczopędnych rtęciowych, przybył ostatnio nowy środek wyrabiany przez firmę Klawę pod nazwą Dehydrit. Jest to złożony związek rtęciowy o składzie: sól sodowa oksyrtęciometoksypropilamidu kw. trójmetylocyklepentanskarbonowego + 5% 1,3 — dwumetyloksantyny, w postaci płynu wyjałowionego, przezroczystego w ampułkach po 1,1 i 2,2 cm^3.

Farmakologiczne działanie moczopędne związków rtęciowych jest powszechnie znane.

Chcąc przekonać się o wartości moczopędnej tego preparatu krajowego, po pierwszej pomyślnej próbie, zastosowaliśmy powyższy lek u szeregu chorych. Podawaliśmy Dehydrit we wszystkich tych przypadkach, gdzie stosować można preparaty rtęciowe moczopędne. Jako preparatu rtęciowego niestosowaliśmy go w zapaleniu nerek kłębuszkowem, wystrzegaliśmy stosowania tego leku w stanach ogólnego wyniszczenia, w przypadkach daleko posuniętej niedomogi sercowej, uważni byliśmy przy niewydolności wątroby. Jak wykazały nasze badania kliniczne Dehydrit w niczem nie ustępuje pokrewnym środkom, dorównując w działaniu wyrobom zagranicznym, jak Salvrgan, Novurit, Novasurol

W nawodnieniu ustroju przy małej dobowej ilości moczu, po zastosowaniu Dehydritu w zastrzykach domięśniowych, dożylnych lub do otrzewnowych spostrzegaliśmy obfite wydzielanie moczu, zmniejszenie obrzęków, spadek na wadze ciała. Objawów toksycznych przy stosowaniu nie stwierdzono, zastrzyki domięśniowe są bezbolesne, nacieków nie dają. Organizm znosi ten lek dobrze. Ze względu na to, iż jest to preparat rtęciowy, przy stosowaniu należy kontrolować czynność nerek. Z miejsca wstrzyknięcia domięśniowego wchłania się szybko, bo już w niespełna godzinę występuje efekt moczopędny, to samo po zastrzyku dożylnym, nieco później występuje działanie przy stosowaniu dootrzewnowem. Diureza przy zastosowaniu czyto domięśniowem, dożylnem lub dootrzewnowem co do trwałości działania leku wyraża się w przybliżeniu następującą krzywą: w pierwszej dobie obfite wydzielanie moczu do 2 — 6 litrów; w drugiej dobie ilość moczu spada do poziomu przed stosowaniem, lub jest nieco większa; dalej diureza zależy od stanu chorego. Co do częstości stosowania preparatu należy kierować się stanem ogólnym chorego, wydolnością nerek i wątroby. Przy powtarzaniu wstrzykiwań, nieraz kilkakrotnem, przyzwyczajenia w postaci osłabienia działania nie zauważyliśmy.

Spostrzeżenia nasze dotychczasowe dotyczą kilkunastu przypadków Dla ilustracji nie podaję ich wszystkich, ograniczę się do kilku zpośród nich, aby dać obraz działania preparatu.

I. Nr. ks. gł. 2816/34. Chory M. A, lat 52, skierowany do szpitala z powodu dużych obrzęków, duszności i osłabienia ogólnego. Na pierwszy rzut oka stwierdza się: duszność, zapadnięcie policzków, sinica małżowin usznych i palców rąk, kolosalny brzuch i obrzękłe twarde kończyny dolne. Choruje od 4 lat. Rozpoznanie: Myodegenerat. cord. in stad. decompensat., Cirrchosis hepatis cardiaca, Venostas, organor., Ascites, Anasarca. Mocz: c.g. 1020, białka 0,2‰, urobilina wzmożona, dobowa ilość 600 cm³., w osadzie: krwinki pojed. co kilka pól, wałeczki szkl. 1 — 2 — 3 co kilka pól, leukocyt. 3 — 7 w polu. Mocznika we krwi — 0,44 gr. w litrze. WR we krwi ujemny. Ciśnienie krwi 20 — 130 Hg. Waga ciała — 104 kg. przy wzroście 72 cm. Po podawaniu leków wzmacniających układ krążenia, dnia 16.I wykonano punkcję brzuszną. Wypuszczono 11,200 cm³ płynu barwy zielonkawej, c. g. 1010, odczyn Rivalty dodatni, białka 4,1%. Pu punkcji wstrzyknięto do jamy otrzewnej Dehydritu 2,0. W ciągu doby oddał 3,800 cm³ moczu o c.g. 1008. Duszność ustąpiła niemal zupełnie, obrzęki znacznie zmalały, waga ciała spadła na 93 kg. Badanie moczu 19.I — ilość dobowa 3,750 cm³., c.g. 1008, odczyn kwaśny. białka — 0,1‰, krwinki pojed. co kilka pól, wałeczki szkl. 1 — 2 co kilka pól. Diureza przez kilka dni utrzymuje się na poziomie 2.300 — 3.420 cm³ na dobę, potem spada do 700 cm³. Obrzęki dolnej połowy ciała duże, waga nie wzrasta, duszność wysiłkowa. Dnia 27.I zastrzyknięto Dehydritu 2,0 domięśniowo. Diureza dobowa 4.930 cm³., c.g. 1006 Waga ciała spadła na 89 kg., mimo tego obrzęki duże, twarde. 29 I diureza 1300 cm³., 30.I — 800 cm³. Dalej diureza dobowa utrzymuje się na poziomie 800 cm³, wymiar brzucha i obrzęki zwiększają się, waga ciała wzrosła do 93 kg., zwiększyła się duszność. Pomimo środków nasercowych, kombinowanych z lekami moczopędnymi, odpowiedniej djety stan pozostaje nadal ciężki. Dnia 3.II Dehydritu 2.0 domięśniowo. Wydzielił moczu na dobę 3.800 cm³ o c.g. 1008. Waga ciała spadła na 92 kg. Diureza dobowa 4.II — 1400 cm³., 5.II — 1000 cm³., następne dnie na poziomie do 900 cm³. Obrzęki zwiększają się, obwód brzucha powiększa się, duszność nasila się, wystąpiła sinica, waga ciała wzrasta i wynosiła dn. 14.II 95.5 kg Zastosowano djetę Karella. 14.II 2,0 Dehydritu domięśniowo — oddał 3.400 cm³. moczu o c.g. 1008, waga ciała 15.II. — 93 kg. 16.II diureza dobowa 1.740 cm³. 17.II — 950 cm³., Pozostaje w leczeniu — stan ciężki, rokowanie złe. Mocz dn. 19.II — c.g. 1020, ilość dobowa — 900 cm³, białka 2,5‰, w osadzie jak wyżej

II przypadek ks. gł. 4090/35. T. T. ślusarz, lat 50, przybył z powodu obrzęku nóg, brzucha, bólu w piersiach i brzuchu oraz duszności wysiłkowej. Choruje od 2 mies., przedtem miał nie chorować. Stwierdza

się: nie gorączkuje, żółtaczk. zabarw. powłok, w płucach nic szczególnego, serce o nieco powiększonym wymiarze poprzecznym, szmer skurcz. nad koniuszkiem, akcja miarowa. 88 na 1', tętno dobrze wypełnione i napięte; brzuch wygórowany o powłokach napiętych, wyczuwa się chełbotanie, odgłos opukowy stłumiony, okolica wątroby bolesna na ucisk, wątroba nie daje się wymacać; kończyny górne i dolne obrzęknięte. Mocz. dn. 29.I — c.g. 1022, białka ślad, urobilina, urobilinogen i indykan — wzmożone, cukru niema, barw. żółc. — obecne, osad: leukoc. 5 — 6 w polu, krwinek niema; ilość dobowa 600 cm³. Leukocytoza we krwi — 8.500. Ciśn. krwi RR. 90 — 45. WR we krwi ujemny. Waga ciała 88 kg. Badanie treści żołądkowej frakcyjne wykazało. naczczo kwasu soln. voln. O, ogólna kwas. 20, próba na krew dodatnia, kwasu mlek. nie wykryto; po śniadaniu kleikow. w ½ godz.: HCl wolny — 0, kw. og. — 12, krew + +, kw. mlk. —; w 1 godz.. HCl wolny — 0 kw. og. — 16, krew + + +, kw. mlek. —, w 1½ godz. HCl wol. — 0, kw. og. — 24, krew + + +, kw. mlek. nie wykryto. Rozpozn.: Carcinoma ventriculi. Metastases ad hepatem. Icterus. Ascites Leczenie: środki nasenne, djeta kaszkowo-kleikowa, mało płynów. Dn. 29.I podano dożylnie Dehydritu 2,0 z 10,0 glukozy 20%. W ciągu doby wydzielił 2000 cm³. moczu o c.g. 1010. Waga ciała 87² kg. Następnej doby oddał 600 cm³. moczu. 2.II zastrzyknięto 10,0 20% glukozy + Dehydrit 2,0 dożylnie. 3.II diureza dobowa 2,200 cm³., c.g. 1006. Waga ciała 86³ kg. Obrzęki zmniejszyły się, samopoczucie lepsze. Badanie moczu 4.II wykazało: ślad białka, w osadzie krwinek niema. Ciśnienie krwi RR. — 120/75. Następnie dokonano nakłucia jamy brzusznej, stan chorego nie uległ poprawie, dostał obfitego rozwolnienia, wystąpiła gorączka i na żądanie własne i żony, chory w stanie ciężkim wypisał się.

III. ks. gł. 4408/35. T.J. rozlewacz wina, bezrobotny, l. 65 Zgłosił się z powodu duszności, uczucia kołatania serca i zupełnego braku sił. Choruje od 20 lat. Zamroczony, wybitna sinica, duszność, kaszel, niewielkie obrzęki kończyn dolnych, znaczny obrzęk okolicy lędźwiowej. Rozpoznanie kliniczne: Insuff. m. cordis praecipue dex., Venostasis organorum, Anasarca, Psychosis cyanastica.

Tętno słabe, miarowe, 92 na 1'; ciśn. krwi RR. — 120/65. Mocz: dob. ilość 550 cm³., c.g. 1021, kwaśny, białka — nie wykryto; urobilina urobilinogen — wzmożone; w osadzie leukocyt. do 15 w polu, krwinek nie stwierdza się. WR. we krwi ujemny. Mocznika we krwi — 1,32 gr. na litr. Leczenie: doustnie Adonis, zastrzyki doż. glukozy z Oubainą, kamfora, djeta bezsolna, ograniczono płyny. 27.II sinica ustąpiła całkowicie, przytomny zupełnie, samopoczucie lepsze. Obrzęki i płyn w jamie opłucnowej utrzymują się. Diureza do 600 cm³. na dobę. Ilość mocznika we krwi spadła do 0,9 gr. na litr. Waga ciała dn. 2.III wynosiła 62 kg. 3.III zastrzyknięto dożylnie 50,0 20% glukozy + Dehydrit 2,0. 4.III do-

bowa ilość moczu 4000 cm³. o c.g. 1004. Waga ciała spadła o 3½ kg. W drugiej dobie diureza 800 cm³. Następnie diureza stopniowo wzrasta do 1800 cm³. na dobę. Waga ciała dn 11.III wynosiła 56,5 kg. Obrzęków niema. Badanie moczu dn. 15.III: c.g 1019, białka nie wykryto, w osadzie — leukocyt. 1 — 2 w polu, krwinek nie znaleziono. Mocznika we krwi — 0,5 gr. w litrze osocza krwi. Dn. 20.III chory opuścił szpital w stanie znacznej poprawy.

IV przypadek ks. gł. 2920. K.A lat 62, choruje od 7 lat. Zwraca uwagę kolosalny brzuch, górujący nad całą sylwetą chorej, znaczne obrzęki kończyn i okolicy lędźwiowej. Waga ciała 72 kg., wzrost 151 cm. Rozpozn.: Cirrhosis hepatis Laenneci, myodegenerat. cord., Emphysema pulmon., Ascites, Anasarca. Mocz o c.g. 1016, białka nie stwierdzono, urobilina ślad, urobilinogen + + + +. w osadzie leukocyt. 3 — 6 w polu. Mocznika we krwi 0,15‰. Ciśnienie krwi: 95 — 60 RR. Na drugi dzień po przybyciu dokonano nakłucia jamy brzusznej; wypuszczono 19,5 litr. płynu o c.g. 1015, białka zawierał 4,4%, wskaźnik refraktometr. wynosił 1,3435. W czasie pobytu dokonano 4 nakłucia jamy brzusznej. Podawano środki nasenne i moczopędne doustnie i w zastrzykach. Stosowano Neptal, Novurit. Salyrgan — ogólnie 11 zastrzyków. Stan chorej poprawił się — obwód brzucha i obrzęki zmniejszyły się, samopoczucie polepszyło się, waga ciała spadła i dn 6.III była 54 kg. Dobowa ilość moczu dnia 8.III i w dniach następnych była około 600 cm³ o c.g. 1020 — 1023 .Waga ciała wzrosła i dn. 11.III wynosiła 58,8 kg. Zastrzyknięto 2,0 Dehydritu domięśniowo. 12.III diureza dobowa 6.200 cm³. o c.g. 1012, białka nie wykryto, krwinek w osadzie nie znaleziono. Waga ciała 52,1 kg. 13.III. dobowa diureza 1800 cm³, waga 51,3 kg. Do dnia 20.III ilość dobowa moczu utrzymywała się na poziomie 1000—1200 cm³. Następnie diureza spada do 600 cm³ na dobę, waga wzrosła, w moczu białka 0,09‰, krwinek w osadzie nie stwierdzono. 25.III diureza 440 cm³ na dobę, mocz o c. g. 1017. Zastrzyk domięśn. Dehydritu 2,0. Wydzieliła 5.500 cm³ moczu na dobę o c. g. 1010. 27.III diureza dobowa 1050 o c. g. 1011, waga 52,3 kg. Badanie moczu dn. I.IV: c. g. 1021, białka 0,06‰, w osadzie krwinek nie stwierdza się, leukocytów do 5 w polu. Dnia 4.IV chora wypisana z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Jak wynika z powyższych przypadków, Dehydrit zastosowany u chorych celem wywołania większej diurezy dawał nam wyniki zadowalniające, nie powodując ujemnych następstw.

W konkluzji swoich spostrzeżeń mogę stwierdzić, że pomimo ciężkiego stanu chorych w powyższych przypadkach, Dehydrit działał pewnie, szybko i skutecznie spełniał zadość stawianym wymaganiom.

Zachęceni dobremi wynikami dotychczasowego stosowania, szczerze polecamy ten, bodajże pierwszy rtęciowy środek moczopędny produkcji krajowej, do szerszego stosowania

Dr. MAURYCY SCHEPS (Lwów).

ASTMA I JEJ LECZENIE EPHEDRYNĄ.

Zanim przedstawię praktyczne wskazówki leczenia dychawicy oskrzelowej, podam pokrótce stronę teoretyczną, która jest ważną dla wyrobienia poglądu leczenia astmy

Istota dychawicy oskrzelowej:

Astma jest chorobą, objawiającą się napadami gwałtownej duszności wydechowej, występującej przeważnie w nocy. W czasie ataku możemy stwierdzić rozdęcie płuc, połączone z wykrztuszaniem lepkiej, ciągnącej się plwociny, w której są kryształy Charcot — Leydena, krwinki białe kwasochłonne i wężownice Curschmanna.

Utrudnienie wydechania powoduje ostrą rozedmę płuc, która po ataku znika, jednak utrzymuje skłonność tego narządu do rozedmy chronicznej, o ile występuje częściej. Astma, podług ostatnich badań, ma podłoże anafilaktyczne, gdzie ciało obce, pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego, dostawszy się do organizmu w pokarmach, albo drogami oddechowemi, rozkładając się, wytwarza stan nadwrażliwości Gdy powtórnie przyjęte natrafia na już uczulone podłoże, drażni nerw błędny, powodując skurcz mięśni oskrzeli, przyczem powstaje ostre przekrwienie i obrzmienie ich śluzówki, wskutek czego oskrzela produkują gęstą i lepką wydzielinę, efektem czego jest napad astmatyczny. Jest to więc szok anafilaktyczny, spowodowany nieprawidłową czynnością nerwu błędnego i współczulnego, często uzależnionych od gruczołów wewnętrzno wydzielniczych, a zwłaszcza przysadki, nadnerczy i częściowo tarczycy, o czem świadczy astma klimakteryczna, która znika po odpowiedniem leczeniu klimakterjum (a więc zaburzenie o wewnętrznem wydzielaniu gruczołów narządu rodnego). Brak więc równowagi tych gruczołów może wywołać zaburzenia oddechowe i napady astmy.

Spadek ciśnienia w czasie napadu astmy, tłumaczymy sobie w ten sposób, że krew nagromadza się w narządach jamy brzusznej, a szczególnie w wątrobie, przez co zmniejsza się dopływ krwi do serca. Usposobienie do dychawicy oskrzelowej bywa wrodzone, lub nabyte. Co się tyczy konstytucji astmatycznej, spostrzega się, że nieraz całe rodziny przechodziły astmę, a przeważnie osoby neuropatyczne, t. zw. parasympatykotonicy, u których w zakresie narządu oddechowego jest wzmożone napięcie układu współczulnego. U osobników tych powstaje zakłócenie równowagi układu wegetatywnego, którego wyrazem jest skłonność do stanów kurczowych (mięśnie oskrzeli i wzmożone wydzielanie ze śluzówek), a czynnikami, powodującemi nierównowagę, są ciała t. zw. alergeny —

wywołujące napady astmy — alergję. Alergeny są różnego pochodzenia, jak roślinnego, zwierzęcego, chemicznego, które poza napadami astmy, wywołują pokrzywkę, swędzenie, obrzęk Quinkiego, gorączkę sienną, chorobę posurowiczą itd. stąd też zwanemi chorobami alergicznemi. Poza alergenami, wytwarzają skłonność, a czasem i napady astmy, czynniki pochodzenia psychicznego, jak przestrach, gniew i t. p.

Niema właściwie typów ludzi chorujących na astmę, gdyż spotykamy się wśród nich z budową korpulentną i asteniczną, a raczej stwierdza się w większości wypadków typ neuropatyczny, o czem poprzednio wspomniałem (parasympatykotonja). Napady astmy powstają przeważnie w nocy, a zwiastunami są pewnego rodzaju utrudnienia oddechowe, lekkie ściskania klatki piersiowej, poprzedzone niczem niewytłumaczonym smutkiem. Chory budzi się nagle ze snu, wśród duszności, która szybko wzrasta, przez co chory nie może złapać tchu. Szybko pojawia się sinica powłok zewnętrznych, występują zimne poty, na twarzy zarysowuje się niepokój, świsty dołączające się, stają się coraz głośniejsze. Po pewnym czasie objawy te maleją, oddechy stają się łagodniejsze, swobodniejsze, pojawia się kaszel suchy, potem wykrztuszanie coraz płynniejsze i wreszcie napad ustępuje i chory najczęściej zapada w sen. Atak astmy trwać może od kilku minut do trzech godzin. Badanie przedmiotowe w czasie napadu daje obraz rozedmy płuc — stwierdzamy wypuk pudełkowy, o granicach niższych i prawie nieruchomych — przysłuchem: świsty, furczenia, stłumienie sercowe, — wątrobowe i śledzionowe niżej niż zwykle, tony serca są bardzo głuche. Drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany, a czasem raczej tony niesłyszalne spowodu świstów zagłuszających je. Po napadzie zwolna to znika, a w wypadkach cięższych utrzymuje się powyższy stan przez czas dłuższy, dając objawy rozedmy płuc z ich następstwami, jak nieżyt oskrzeli ze stałą dusznością, w ogólności utrudnienia w oddechaniu przy najsłabszych wysiłkach, jakoteż przypadłości ze strony serca, a bardzo często stany nadwrażliwości nerwowej.

Leczenie astmy, zarówno t. zw. stanów alergicznych, natrafiało na poważne trudności, gdyż szereg preparatów farmaceutycznych używanych dla zwalczania tych schorzeń, chociaż były z jednej strony skutecznemi, to z drugiej jednak nie dały pożądanego efektu, a raczej działaniu niektórych towarzyszyły objawy uboczne, jak nadmierna pobudliwość, nieprzyjemne sensacje ze strony serca — a więc objawy toksyczne. Mam tutaj na myśli adrenalinę, która, chociaż posiada cechy lecznicze, odznacza się często ujemnym wpływem, gwałtownością działania, podnoszące ciśnienie krwi i krótkotrwałe utrzymywanie się tegoż na uzyskanym poziomie — to są zarzuty, które można przypisać adrenalinie. Pozatem środek ten może być stosowany tylko drogą parenteralną, przez co stwarza trudności natury technicznej, a nieraz i życiowej. Krzywa wzrastania ciśnienia krwi po adrenalinie, przebiega stromo w górę, gdzie po osiągnię-



ciu maximum, po kilku minutach zaczyna spadać równie gwałtownie, dochodząc do poziomu pierwotnego, a nawet niższego, niż poprzednio obserwowanego. Stąd też powstają zaburzenia w krążeniu, a temsamem przypadłości sercowe. Dlatego też lecznictwo dążyło do znalezienia takiego środka, który posiadając zalety adrenaliny, nie odznaczałby się jej ujemnemi cechami. Zwrócono uwagę na alkaloid pod nazwą ephedryny, który ma działanie bardzo podobne do adrenaliny, jest to alkaloid z roślinyEphedra Vulgaris, a chemicznie jest metylo-amino-fenylo-propanolem; ma tę wyższość nad adrenaliną, że jest nieczuły na czynniki zewnętrzne, jak światło i temperatura. Przy stosowaniu doustnem zachowuje pełną wartość działania, czego nie posiada zupełnie adrenalina.

W Polsce firma Spiess wyrabia chlorowodorek metylo-amino-fenylo-propanolu pod nazwą Ephedrosan — jest to chlorowodorek ephedryny lewoskrętnej.

Ephedrosan, jest to biały proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie, słabiej w alkoholu, nieco rozpuszczalny w eterze, o ciężarze cząsteczkowym 201.5, o skręcalności — 36.66°, punkt topliwości 186° do 187°.

Działanie Ephedrosanu:

1) podobnie, jak adrenalina, podnosi parcie krwi, z tą różnicą, że Ephedrosan wywołuje łagodne podniesienie ciśnienia krwi (adrenalina gwałtowne), utrzymujące się przez czas dłuższy, a po pewnym czasie opadające zwolna do poziomu pierwotnego;

2) działa jako środek powodujący skurcze naczyń obwodowych, temsamem też działa tonizująco na serce, w razie istniejącego obniżenia poziomu parcia krwi:

3) rozluźnia skurcze mięśni, oskrzeli i rozszerza pęcherzyki płucne;

4) poprawia rytm oddechu.

Z tego więc wynika, że Ephedrosan ma wpływ pośredni na czynność oddechową przez działanie bezpośrednie na mięśnie oskrzeli, rozkurczając je, dlatego też stosowany jest jako środek przeciwastmatyczny.

Przeciwwskazaniem do stosowania ephedrosanu są miażdżyca, stany zwiększonego ciśnienia krwi, i schorzenia mięśnia sercowego na tle miażdżycy.

Po dość szerokiem omówieniu ephedrosanu, na podstawie zaobserwowanych przezemnie 16 przypadków, powracam do kwestji leczenia astmy.

Leczenie astmy rozpada się na 3 części:

I. leczenie ostrego napadu,

II. leczenie stanu międzynapadowego, astmatycznego,

III. leczenie ogólne, mające na celu wzmacnianie organizmu i usunięcie wrażliwości, wzgl. dyspozycji do stanu astmatycznego.

Jeżeli przyjmiemy, że napad astmy jest spowodowany skurczem mięśni oskrzeli, to należy ten stan usunąć przez:

1) zahamowanie czynności nerwu błędnego,

2) podniecenie nerwu współczulnego.

Ad 1) Zahamowanie czynności nerwu błędnego uzyskujemy atropiną, wywołującą rozkurcz mięśni oskrzeli, stosując podskórnie w dawkach 0,001. (Atropini sulf.); Atropina ma jednak wpływ ujemny na wykrztuszanie, gdyż hamuje wydzielanie oskrzeli, przez to niestosowany jest w rozedmie płuc z przebiegającym przewlekłym nieżytem oskrzeli.

Ad 2) Podrażnienie nerwu współczulnego utrzymujemy za pomocą adrenaliny, a raczej Ephedrosanu który, jak poprzednio wspomniałem, jest bezsprzecznie pewniejszym i skuteczniejszym środkiem niż adrenalina.

Dawkowanie:

1) W razie napadu astmy stosujemy 1 cm^3 Ephedrosanu podskórnie. O ile napad przeciągnie się ponad 20 minut, powtórnie taką samą dawkę.

2) W asthma bronchiale — 2 - 3 tabletki dziennie w wodzie ocukrzonej, a) przez 4 dni — poczem 1 - 2 tabletki dziennie, przez 6 - 8 dni, do tego 4 - 8 gramów preparatów wapniowych per os,

b) przy stanach astmatycznych (w chronicznych nieżytach oskrzeli i t. p.), stosuje się po 2 tabletki dziennie, przez 10 dni, poczem następuje przerwa 8-dniowa, a następnie przez 10 dni po 1 tabletce,

3) przy innych schorzeniach alergicznych, przez 14 dni po 1 tabletce; — 10 dni przerwa i przez 7 dni po 1 tabletce na przeciąg 8 dni.

Przy napadach astmy należy stosować także i te środki, których się używa w stadjum międzynapadowem. Gorące okłady dookoła klatki piersiowej, gorące kąpiele nóg i rąk. Wąchanie eteru, amoniaku, eteru octowego, chloroformu, azotanu amylu, podawanie do wnętrza nitrogliceryny, pędzlowanie błony śluzowej jamy nosowej roztworem kokainy z adrenaliną. Inhalacje i wdechanie preparatów z makowca, bielunia itp.

Rp. Atropini sulf. 0,03, Cocaini mur., Kali sulf. aa 0,30, Glicerini 3.0. Adrenalini 1‰ 25,0. Ds. do inhalacji.

Rp. Fol. Stramon., Kali nitrici aa 30,0. 1 łyżka kaw. na inhalację.

Rp. Amylnitrit. 5,0., Ol. Foeniculi 10,0. Mds. w czasie napadu 2-4 krople na chustkę. Do wdechania:

Rp. Kali jodati 5,0. Aq. destil. 200.0. Mds. 3 - 4 łyżki stoł. dziennie.

Rp. Decoct Rad. Senegae 10.0 : 200.0. Adalini 3,0. Atropini sulf., 0.006. Papaverini hydr. 0.40., Theobr. natr. salic. 6.0, Kali jodati 3,0. Mds. 3 łyżki stołowe dziennie.

Rp. Calc. chlorat. crystal. 5.0. Aq. destil. 180.0. Sir. Cort. Auranti 20.0. Mds 4 łyżki stołowe dziennie.

Rp. Pantoponi 0,012, Tart. stibiati 0,006, Extr. Hyoscyami sicci 0,02. Sacch. lact. 0,5. M. f. pulv. Dtd. Nr. XII. S. 3 proszki dziennie.

Dodawać należy w proszku lub w płynie preparaty nasercowe, jak Stiminol 3 x dziennie po 20 kropel, Visactin 3 x dziennie po 10 - 20 kropel, i t. d. W razie bezsenności Soneryl, Dial, Veronal w małych dawkach.

II. *Leczenie stanów chronicznych międzynapadowych astmy.*

Zasadą leczenia stanów chronicznych jest:

1) usunięcie przyczyn, wzgl. czynników zw. alergenami, które bezpośrednio są przyczynami napadów astmy, np. zapachy kawy, herbaty i t. d.,

2) leczenie przyczynowe — jest to troska lekarza, by je wykryć; — leczenie metodami mechanicznemi, farmaceutycznemi, bodźcami fizycznemi i t. d.

3) wzmacnianie układu nerwowego przez wypoczynek, uregulowanie trybu życia i t. p.

4) leczenie innych narządów, które uległy schorzeniu w czasie astmy.

Ad 1) Różne zapachy roślinne, lub pochodzenia chemicznego, mogą wywołać napady astmy, tak samo pokarmy różnego pochodzenia uczulają organizm. Dlatego poznawanie tych alergenów i usunięcie ich może osłabić ten stan wrażliwości ustroju na astmę. Niekiedy zmiana mieszkania a nawet klimatu jest konieczną. Tak więc obserwacja astmatyków jest bardzo pożądaną, by przez wykrywanie istotnych przyczyn usunąć je, i ulżyć choremu. Leczenie swoistym alergenem, autowakcynami, pozostaje dzisiaj pod znakiem zapytania, jakkolwiek niektórzy autorowie stwierdzają dobre wyniki.

Zmiany chorobowe w nosie, w drogach oddechowych, w przewodzie pokarmowym lub w narządach rodnych mogą stanowić przyczynę astmy, jednak mimo ich leczenia nie spotykamy się z uleczeniem, lecz tylko ulgą w stanie astmy. Następnie metody fizykalne, a więc gimnastyka oddechowa, kamery pneumatyczne naświetlania lampą kwarcową, rentgenem, pomagają o tyle, że ustrój się wzmacnia, nabiera większej odporności, zmniejszając swoją skłonność do stanu alergicznego.

Preparaty farmaceutyczne:

a) Ephedrosan w tabletkach podaje się zależnie od stanu, — indywidualnie.

I. 2 tabletki dziennie po jedzeniu — w mleku ocukrzonem — przez 10 dni; 8-dniowa przerwa, a następnie przez 10 dni po 1 tabletce

II. Po 1 tabletce dziennie Ephedrosanu, dzieląc na 2 razy — przez 20 dni, tydzień przerwy — potem przez 10 dni, przerwa 14-dniowa, następnie również przez 10 dni.

W czasie pobierania Ephedrosanu podaje się preparaty wapniowe

4 - 6 gr. dziennie, per os, lub w płynie, a także w injekcjach domięśniowo (5% — 10% glukonian wapniowy).

Stosowanie wapnia ma na celu zwiększyć ujemny bilans wapniowy organizmu Preparaty wapnia działają również przeciwkurczowo, a w nieżytach oskrzeli usuwają stan zapalny, tak więc wapń działa przeciwzapalnie, przeciwwysiękowo, hamująco na układ nerwowy wegetatywny, a zwłaszcza na nerw błędny, wreszcie podtrzymuje czynność serca. Na zmniejszenie napięcia nerwu współczulnego stosuje się atropinę w pigułkach, w płynie, do inhalacji w proszku, (dym inhaluje się) lub w papierosach. — Preparaty zawierające atropinę: Datura Stramonium, Belladona. Hyosciamus niger, Lobelia inflata.

Rp. Atropini sulf. 0,02, Pulv. et Succi Liquir q. s. ut. f. pill. N. LX.

D. S. 3 pigułki dziennie po jedzeniu. Stosuje się równocześnie środki wykrztuśne z Radix Senegae, Quillayae, Primulae z Ammonium chloratum, Liqu. ammon. anisat. i Coffeinum natr. benzoicum.

Przy stanach astmatycznych międzynapadowych można stosować przez 4 do 6 tygodni zastrzyki Ephedrosanu rano i wieczór po 1 ampułce, tak samo Lysathmin (preparaty, składające się z adrenaliny i przysadki mózgowej płata tylnego) Obok tych preparatów stosujemy jod z domieszką nalewek (Tct. Lobeliae 5,0, Tct. Digit. 3,0. Ds. 3 x dziennie 10 - 15 kropel, i środki wykrztuśne które podałem wyżej.

Rp. Natr. jodati (Kali jodati) 3,0. Natr. bicarbonici 2,0. Aqua destil. ad 200. Mds. 2 - 4 łyżki stoł. dziennie po jedzeniu

Rp. Jodimini w tabletkach S. 3 tabletki dziennie.

Przy zaburzeniach układu krwionośnego:

1) Leczenie ciągłe: Preparaty Digitalis (z dodatkiem Theobromini natr. salic.). Przez szereg tygodni, po każdych dwóch flaszkach 3-dniowa pauza, a zatem 6 - 8 flaszek na jedno leczenie. Poprzeć można Stiminolem 3 x dziennie po 10 - 20 kropel. Gdy powstaje znaczne osłabienie mięśnia sercowego, stosować należy energiczne środki nasercowe w postaci zastrzyków. Zarówno stosować można Visactinę w płynie lub w injekcjach; jest to preparat przeciwastmatyczny jakoteż i tonicum sercowe.

Co się tyczy Visactin jest to połącznie ephedryny z dwuetyloamidem kwasu pirydino betakarbonowego (zawiera on w sobie 1,5% chlorowodorku ephedryny lewoskrętnej, oraz 25% Stiminolu), jako płyn przezroczysty, bezbarwny, bez zapachu, o goryczkowym smaku.

Visactin działa: 1) na oskrzela rozszerzająco, temsamem zwalcza stany skurczowe, spostrzegane w oskrzelach i w pęcherzykach płucnych w cierpieniach astmatycznych;

2) na krwiobieg, przez zadziałanie jej na zakończenia współczulne naczyń krwionośnych, oraz pośrednio na mięśnie gładkie naczyniowe, co prowadzi do zniesienia skurczów w naczyniach obwodowych.

Pośrednio wpływa to na lepsze wypełnienie krążenia, oraz na zwiększenie parcia i przyśpieszenie krążenia powrotnego;

3) na serce działa przez ośrodki automatyczne serca, lepiej wypełnia komory i zwiększa parcie krwi;

4) na ośrodek oddechowy działa przez pobudzenie go, dlatego oddech staje się łagodny, pogłębiony i równomierny.

Visactin stosuje się w stanach alergicznych, dychawicy oskrzelowej, gorączce siennej, krztuścu, rozedmie płuc, w przypadkach obniżenia parcia krwi, osłabienia mięśnia sercowego, chorobach zakaźnych i t. d.

Dawkowanie Visactiny: 1) doraźnie, 1 ampułkę domięśniowo lub dożylnie; 2) przewlekle, Visactin 3 x dziennie po 10 - 20 kropel.

Do leczenia ogólnego zaliczamy:

1) djetę małomięsną, bezpurynową, jarzynowo-mleczną, tłuszcze w postaci masła, a nadto potrawy mączne.

2) fizykalne: gimnastyka — gdzie chodzi o miarowe oddechanie — wdechy wykonuje się głębokie, bez nasilenia, powolne — więc jest to rytmika oddechowa, trwająca przez 10 - 20 minut bez wysiłku.

3) klimatyczne: zależnie od stanu oskrzeli, a) przy zapaleniu oskrzeli, zwane suchem, gdzie wydzielina skąpa, — klimat wilgotny, nizinny lub nizinno-górski; b) przy bronchitis o wydzielaniu większem — klimat suchy, górski, wysokogórski, który czasem może być źle znoszony, dlatego też pozostawiam to do traktowania indywidualnego.

4) naświetlania lampą kwarcową, rentgenem,

5) zmiana trybu życia, a nawet zmiana miejsca zamieszkania,

6) środki wzmacniające: — zastrzyki arsenu, fosforu, strychniny, jakoteż liczne inne środki pochodzenia krajowego, które zupełnie zastępują zagraniczne.

Dla braku miejsca nie będę wyszczególniał wszystkich przypadków asthma bronchiale, obserwowanych i leczonych przezemnie. Podaję najbardziej charakterystyczne.

Przypadek I. Chory J. W. lat 37, urzędnik, od szeregu lat cierpi na silną duszność, nigdy nie miał napadu duszności do roku 1933. Pod wpływem ciągłych zmartwień miał przez pół roku kilkakrotne napady astmy. Badanie fizykalne wykazuje rozedmę płuc z chronicznym nieżytem oskrzeli. Tony serca nieco głuche, tętno dość dobrze napięte, R. R. 80 - 98/m.

Rozpoznanie: Emphysema pum. Bronchitis chronica diffusa. Asthma bronchiale.

Leczenie: Doraźnie zastosowany w czasie napadu Ephedrosan w ilości 1 ampułki dał natychmiast poprawę. Duszność zmniejszyła się, chory po pół godziny czuł się lepiej. Później leczony Ephedrosanem w tabletkach, doustnie 3 x dziennie, następnie wedle schematu podanego przy dawkowaniu Ephedrosanu. Po 8 tygodniach chory czuł się znacz-

nie lepiej — i jak sam mówi, oddechy są łagodniejsze. Stosowałem Visactin 2 injekcje w tygodniu, przez trzy tygodnie.

Przypadek II. Chory N. D. lat 49, malarz, (tokarz), ma napady duszności od kilku lat. Stan obecny: budowa wątła, o typie: Habitus Phtisicus, Thorax paraliticus, sinica twarzy, pozatem skóra o żółtaczkowem zabarwieniu, oddechy nasilone płytkie, (stale się dusi). Badaniem fizykalnem stwierdza się przytłumienie nad szczytami płuc, niżej wypuk bębenkowy, dolne granice obniżone do 12 żebra i nieruchome. Przysłuchem nad szczytami jakoteż nad całemi płucami, wdechy słyszalne, a raczej przytłumione świstami i furczeniami. Serce przekryte przez płuca, tony bardzo głuche, tętno słabo napięte. R. R max 60, 110/m — mocz — ślady białka.

Rozpoznanie: Asthma bronchiale Emphysema pulm. Phtysis pulm. incp. (Myocarditis). Choremu podawałem Ephedrosan w zastrzykach przez 1 tydzień codziennie. Visactin co drugi dzień. Ol. camph. przez 4 dni 2 x dziennie po 4 gramy, następnie przez 10 dni 4 gramy kamfory, jakoteż Stiminol w płynie i Digitol. Ephedrosan zrazu po 3 tabletki dziennie przez 3 tygodnie, następnie po 2 tabletki, dziennie, poczem przeszedłem do leczenia ephedrosanem, wedle schematu. Po sześciu tygodniach stan chorego uległ znacznej poprawie, tak, że opuszczał łóżko, obecnie ma się o tyle dobrze, że ataki są coraz rzadsze, o lekkiem nasileniu, duszność się zmniejszyła.

Przypadek III. Chory Z. N., lat 40, pracownik, o budowie korpulentnej, miewa co drugi tydzień ataki astmy. Badanie fizykalne wykazuje rozedmę płuc i nieżyt oskrzeli. Leczenie: przez 2 tygodnie dostawał po 3 tabletki Ephedrosanu i co drugi dzień Ephedrosan w injekcjach. Potem 1 tydzień po 2 tabletki, następnie w ciągu całego leczenia 4 ampułki w ciągu 10 dni. Stiminol 2 x dziennie po 20 kropel, Visactin raz dziennie 15 kropel — po trzech tygodniach znaczna poprawa.

Przypadek IV. Chory C. W., lat 39, robotnik, od szeregu lat cierpi na duszność, a ostatnio w ciągu tygodnia miał dwa napady astmy. Badanie fizykalne wykazuje rozedmę płuc i nieżyt oskrzeli.

Rozpoznanie: Asthma bronchiale, bronchitis chronica diffusa.

Leczenie: W czasie tych napadów Ephedrosan w injekcjach był bardzo skuteczny, chory po upływie godziny miał się zupełnie dobrze, następnie leczony Ephedrosanem w tabletkach i Visactiną w płynie, po 4 tygodniach zupełna poprawa.

Poza temi przypadkami miałem jeszcze 10 chorych w obserwacji i mogę całkiem objektywnie stwierdzić, że Ephedrosan skutecznie działa w astmie, przynosząc ulgę w tem cierpieniu, nie dając jakichkolwiek objawów ubocznych, poprawiając przedewszystkiem samopoczucie chorego, przez wytwarzanie łagodnych oddechów, usuwanie duszności, objawów

ze strony serca spotykanych przy astmie, wreszcie przedłuża czas międzynapadowy.

PIŚMIENNICTWO:

Dr. H. Pappe — Klinische Wochenschrift 1928, Nr. 16.
Dr. M. J. Guttman — Vortschritte d. Therapie 1928, zeszyt 10
Dr. Walter Hennig — Beiträge zur Klinik d. Tuberk. 1928, 69 tom.
Dr. L. Takać — Wiener Klinische Wochenschrift 1928, Nr. 39.
Dr. J. Mautner — Medizinische Klinik 1929, (leczenie nieżytów oskrzeli wapniem) St. Klein P. G. L. 1922, Nr. 45 - 47.
Pollak i Robitschek — M. Klin. Woch. 1926, Nr. 26. Medizinisches Seminar 1927.
Dr. Heinz Talerka i L. Hirsch — Mediz. Klinik 1928, Nr. 42 (choroba posurowicza i jej leczenie).
Dr. Waller — Med. Klinik 1928, Nr. 47 (leczenie pokrzywki).

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

GOLDSCHEIDER. *O przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego (chronische Appendicitis).* Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Nr. 7, kwiecień 1935 r.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego rozpoczyna się ostremi napadami. W niektórych przypadkach cierpienie przebiega w postaci ostrych procesów nawrotowych. Tłem schorzenia jest przewlekły stan podrażnienia okolicy jelita ślepego. *Rokowanie* zależy od wyłączenia ponownych nawrotów, które każdorazowo kryją w sobie nowe niebezpieczeństwo. *Leczenie* nie ogranicza się do opanowania okresowo występujących stanów zapalnych, lecz głównie zmierza ono do zapobiegania ostrym i podostrym napadom. Zarówno w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, jak i w przewlekłem podstawę leczenia stanowi zabieg operacyjny.

Rozpoznanie opiera się na objawach podmiotowych i przedmiotowych oraz na stwierdzeniu nawrotowych stanów podrażnienia. Jeżeli wywiad jest dostatecznie wiarogodny, wówczas bezpośrednie spostrzeganie nawrotów staje się zbędnem.

Pojęcia nieżytowego zapalenia wyrostka robaczkowego oraz pospolitego zapalenia (appendicitis catarrhalis, appendicitis simplex) należy odrzucić, gdyż sprawy te nie dają się odgraniczyć od ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego (appendicitis gravis).

Objawy zapalenia wyrostka robaczkowego zależne są od współudziału błony *surowiczej:* bóle miejscowe, bóle przy ucisku, napięcie

obronne powłok brzusznych, ewentualnie obrzęk, nudności, gruby nalot na języku, białkomocz wskazują na zajęcie otrzewny. Im bardziej objawy te są zaznaczone, tem prawdopodobniejszy jest współudział zewnętrznej powłoki jelita ślepego. Współudział błony surowiczej zależy od zjadliwości zarazków, od nasilenia sprawy zapalnej w obrębie błony śluzowej i ścianki od tworzenia się ropy i głębokości owrzodzenia.

Dreszcze stanowią istotne wskazanie do wkroczenia operacyjnego. Natomiast przebieg i wysokość gorączki nie mają tego znaczenia rozstrzygającego.

Naogół brak gorączki lub mała gorączka i względnie dobre samopoczucie nie wykluczają ciężkiego przebiegu sprawy. Pod tym względem możnaby zapalenie wyrostka robaczkowego porównać do zapalenia woreczka żółciowego, gdzie może dojść do przebicia pęcherzyka żółciowego i zgorzeli bez uprzednich zwiastunów.

Ważne znaczenie dla rokowania i wskazań operacyjnych posiada obraz krwi. Jednak przy braku zdolności do odczynu ze strony ustroju obraz krwi może nie wykazywać zmian. Należy podkreślić wartość rozpoznawczą leukocytozy z przesunięciem obrazu krwi na lewo (Arneth, Schilling). Bardzo czuły jest odczyn opadania krwinek. Brak bezwzględnej leukocytozy przy znacznem stosunkowo powiększeniu liczby neutrofilów o jądrze pałeczkowatem powyżej 20%, znaczne przyśpieszenie tętna, wysoka gorączka w odbytnicy i niska w dołku pachowym (różnica 1 — 1½ %) wskazują na szczególnie ciężki przebieg cierpienia. Brak powyższych objawów nie daje podstawy do wykluczenia niebezpieczeństwa przebicia. Tak samo może pozostać niezmieniony obraz krwi w przebiegu wrzodu żołądka, póki nie dojdzie do przebicia i zapalenia otrzewny.

W przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego mogą bezpośrednie objawy podrażnienia być bardzo nieznaczne i łatwo przeoczone.

Prócz bólów, bolesności przy ucisku, wzniesienia ciepłoty i znamiennego obrazu krwi stwierdza się zaparcie, bóle głowy, bębnicę, często nudności, zawroty głowy i bezsenność. Bolesność przy ucisku nie zawsze

się umiejscawia w punkcie Mac-Burney'a i Lanz'a, często stwierdza się również bolesność nieco poniżej pępka i po stronie prawej. Bolesność uciskowa niekiedy może wprowadzić w błąd, gdyż u zdrowych osobników niekiedy istnieje punkt bolesny w obrębie m. psoas. Punkt ten znajduje się w miejscu przejścia przez m. psoas nn. lumboringuinalis i genitocruralis.

W tych przypadkach, gdy otrzewna nie jest zajęta, sprawa przebiega bezobjawowo.

W rozpoznaniu różniczkowem należy wyłączyć prawostronne schorzenie przydatków, zapalenie woreczka żółciowego, zapalenie miedniczek i wrzód żołądka. Jeśli chodzi o zapobieganie, należy zwrócić uwagę na jamę ustną i migdałki. Przed podjęciem większej podróży i na początku ciąży operacja jest szczególnie wskazana.

Ważne znaczenie ma przestrzeganie zasad higjeniczno-dietetycznych. Należy unikać większych wysiłków fizycznych. Pożywienie winno być lekko-strawne, posiłki mają być częste i małe. Należy dbać o częste wypróżnienia (2 — 3 razy dziennie). W przypadkach zaparcia wskazana jest dieta z gotowanych owoców, cukru, słodkich soków, miodu, masła. Korzystnie działają łagodne środki przeczyszczające (3 — 5 łyżek ol. paraffini). Stosowanie środków zapierających przy biegunkach w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego jest szkodliwe. Przeciwko bólom stosuje się miejscowo ciepło, zabiegi wodolecznicze, przetwory belladonny, natomiast przetwory makowca są przeciwwskazane.

Jazda koleją lub furmanką może ujemnie wpłynąć na przebieg cierpienia. U osób podróżujących i bardzo zajętych operacja jest konieczna ze względu na wskazania społeczne. Poważne wskazanie do operacji stanowią często nawracające napady, współudział otrzewny i zmiany w obrazie krwi.

Z metod zachowawczych należy wymienić miejscowe leczenie resorbcyjne oraz stosowanie miejscowego przekrwienia. Metody te winne być przeprowadzone wytrwale i systematycznie. Wchodzą tu w rachubę zabiegi wodolecznicze i termiczne jak ciepłe okłady, okłady błotne, kataplazmy, nasiadówki, okłady z mułu piszczańskiego.

Dr. N. Szyk.

——:o:——

F. RABBONI. *Neurolysa międzyżebrowa w leczeniu gruźlicy płucnej metodą Leotta.* (La neurolyse intercostale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire). La Presse Medicale Nr. 6 1935 r.

Unieruchomienie klatki piersiowej przy pomocy wycięcia nerwów międzyżebrowych stosowane było w 1 przypadku już w 1913 r. przez

Friedricha i Warstata, później w 1925 r. przez Aleksandra w wielu przypadkach. W r. 1926 Morelli dla unieruchomienia klatki piersiowej próbował bądź przecięcia nerwów międzyżebrowych, bądź alkoholizacji tychże nerwów, bądź też przecięcia korzonków nerwowych.

Przy pomocy metody Leotta system ten został wprowadzony do praktyki. Metoda ta polega na porażeniu mięśni klatki piersiowej skutkiem alkoholizacji nerwów międzyżebrowych. Ruchomość mięśni po pewnym czasie wraca dzięki regeneracji włókien nerwowych; czas ten waha się u różnych osobników między 2 a 6 miesiącami. Drogą następnych alkoholizacyj można stan porażenia utrzymać przez dowolnie wymagany czas. Leotta początkowo stosował alkoholizację jednostronną, później obustronną, wychodząc z następujących założeń: 1) ogniska płucne gruźlicze są przeważnie obustronne, 2) istnieje niebezpieczeństwo rozsiania lub zaostrzenia procesu gruźliczego w drugiem płucu przy unieruchomieniu jednostronnem, 3) przy obustronnem unieruchomieniu następuje lepsze przystosowanie mechanizmu i czynności oddechowej. Unieruchomienie jednej połowy klatki piersiowej wpływa niepomyślnie na drugie płuco skutkiem przesunięcia śródpiersia i ograniczenia w ten sposób rozszerzania się płuca w czasie wdechu, zapadania się w czasie wydechu. Obustronna alkoholizacja zaś przyczynia się do równowagi statycznej i czynnościowej śródpiersia i daje lepsze rezultaty lecznicze. Zabieg ten chorzy znoszą b. dobrze, bolesny jest tylko w ostatnich kilku sekundach.

Długość czasu, przez który utrzymujemy porażenie mięśni, jest różny w różnych przypadkach. W każdym razie, podobnie jak przy odmie nie powinien być krótszy niż 2 lata. Gdy ruchomość klatki piersiowej wraca, należy powtórzyć alkoholizację tych samych nerwów.

Metoda ta nie powinna się nigdy łączyć z innemi metodami jak odma, wyrwanie nerwu przeponowego lub torakoplastyka.

W I-ym miesiącu po alkoholizacji nie widzimy naogół efektu leczniczego z wyjątkiem tylko przypadków z krwotokami.

W dalszym jednak okresie czasu gorączka i ilość plwociny zmniejszają się aż do zupełnego zniknięcia, zaś waga ciała wzrasta. Po 2 — 3

miesiącach poprawa jest wyraźnie widoczna, szczególnie w postaciach włóknisto bliznowatych. Objawy opukowe i osłuchowe ustępują, dochodzi nawet do zniknięcia prątków w plwocinie.

Te rezultaty mogą być otrzymane we wszystkich postaciach anatomicznych gruźlicy.

Metoda ta ma następujące zalety: 1) omija się w niej opłucną, 2) daje zupełny powrót do zdrowia zarówno anatomiczny jak i czynnościowy, 3) nie ma żadnego ubocznego szkodliwego działania.

Wskazania do zastosowania tego zabiegu można podzielić na 3 grupy: 1) konieczne, 2) nagłe i 3) z wyboru.

1) Wskazania konieczne przedstawiają wszystkie postaci gruźlicy płuc, powikłane rozległemi zrostami opłucnowemi, niepozwalającemi na założenie odmy, przypadki gruźlicy płuc obustronnej. Również w ciężkich przypadkach gruźlicy płuc jak bronchopneumonja o gwałtownym przebiegu oraz obecność jam otrzymywano dobre rezultaty lecznicze przy stosowaniu tej metody.

Jedynem przeciwwskazaniem jest tu spadek pojemności życiowej płuc poniżej minimum.

2) Wskazania nagłe stanowią obfite i oporne krwotoki. W tych wypadkach stosuje się jednocześnie z obu stron przecięcie 1 lub 2 nerwów międzyżebrowych. Jeśli dwóch — to III i IV-go.

3) Wskazania z wyboru stanowią początkowe okresy gruźlicy płuc w przypadkach, w których się nie wierzy w pomyślność stosowania odmy.

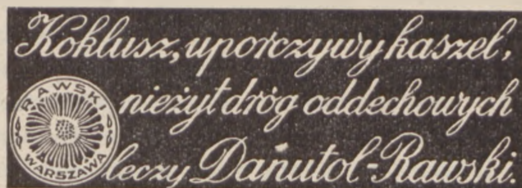
Leczenie metodą Leotta powinno iść zawsze w parze z leczeniem sanatoryjnem.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

K. KIESER. — Wenecja. — *„Przyczynek do leczenia asfiksji u płodu podczas porodu i w czasie pracy“*. (La Clinica Ostetrica, 1933 r. Nr. 3, str. 174/75).

Autor miał sposobność szczegółowego wypróbowania Cardiazolu w blisko 100 przypadkach istotnej asfiksji noworodka, wzgl. asfiksji wewnątrzmacicznej. W przypadkach asfiksji sinej działanie tego środka było prawie natychmiastowe. Nie zachodziła więc prawie nigdy potrzeba zastosowania jeszcze ponadto lobeliny i sztucznego oddychania. Przy asfiksji bladej występowała po dodaniu Cardiazolu do zwykłych metod (lobelina, wziewanie powietrza do tchawicy, sztuczne oddychanie i t. d.) zdumiewająco szybka poprawa czynności serca z szybko potem następującem oddychaniem i zaczerwienieniem skóry. Cardiazol był również stosowany z dobrym skutkiem przy asfiksji wewnątrzmacicznej; także



przy słabych bólach porodowych (w razie potrzeby w połączeniu z przetworami przysadki mózgowej, które przez to stają się mniej niebezpiecznemi).

——:o:——

Dr. G. BODECHTEL. *W sprawie leczenia zaburzeń w oddawaniu moczu męskim hormonem płciowym.* (Zur Behandlung von Miktionsstörungen mit männlichen Sexualhormon). Münchener Medizinische Wochenschrift, Rocznik 82, Nr. 6 z 7 lutego 1933 r., str. 219.

Wychodząc z założenia, że w wieloogniskowem stwardnieniu rdzenia już wcześnie występują zaburzenia potencji płciowej, autor postanowił w kilku przypadkach zastosować leczenie męskim hormonem płciowym, biorąc do tego celu preparat jądrowy „Androstinę Ciba". Wybitniejszego wpływu na objawy neurologiczne nie zauważył. Co najwięcej rzucało się w oczy, to znaczne podniesienie potencji i libido oraz wyraźny wpływ na zaburzenia w oddawaniu moczu. Z początku zapatrywał się sceptycznie na poprawę zaburzeń pęcherzowych, bo właśnie w stwardnieniu rdzenia podlegają one znacznym wahaniom, gdy jednak poprawa ta zaznaczyła się w trzech kolejnych przypadkach, należało przyjąć, że nie chodzi tu o przypadkowe tylko polepszenie. Autor podaje 3 historje choroby; w każdej z nich obok typowych objawów stwardnienia wieloogniskowego zaznaczony był spadek potencji i libido oraz wybitne zaburzenia pęcherzowe. W I przypadku chory odczuwał częste parcie na mocz, który musiał natychmiast oddać, gdyż nie był w stanie go utrzymać. Otrzymał on 3 razy dziennie po 2 tabletki androstiny, a już następnego dnia zjawiły się erekcje i znacznie poprawiły się zaburzenia pęcherzowe, tak, że chory rzadziej oddawał mocz, mogąc go dłużej utrzymać.

W II przypadku obok kilkuletniej impotencji chory cierpiał na nietrzymanie moczu, który stale oddawał pod siebie. Podawano mu 3 razy dziennie po 3 tabl. androstiny, już następnego dnia chory mógł utrzymać mocz, nie oddawał go pod siebie, a po 8 dniach leczenia pojawiły się erekcje i wzrósł pociąg płciowy. Preparat był dobrze znoszony i jak długo otrzymywał go, mógł utrzymać mocz.

W III przypadku typowe objawy stwardnienia wieloogniskowego. Od kilku tygodni gwałtowne parcia na mocz i niemożność utrzymania go. W ciągu nocy musiał oddawać mocz 6 — 7 razy, w dzień 5 — 6 razy. Stan pogarszał się tak znacznie, że wreszcie chory musiał co 15 minut oddawać mocz. Zastosowano mu injekcje preparatu *A i B*, które w międzyczasie ukazały się, lecz wyniku nie było. Dopiero po zaaplikowaniu mu 3 razy dziennie po 3 tabl. stan zaczął szybko poprawiać się tak, że po pewnym czasie chory mógł utrzymać mocz w ciągu 2 godzin, a później nawet 2½ godziny.

Ale nietylko w zaburzeniach pęcherzowych neuropochodnych działa pomyślnie androstina. W pewnym przypadku ciężkiego nieżytu pęcherza powstałego wskutek częstego cewnikowania w apopleksji, zastosowano androstinę (3 razy dziennie po 3 tabl.), gdyż chory nie mógł utrzymywać moczu. Także i w tym przypadku osiągnięto znaczną poprawę wyrażającą się w możności utrzymywania moczu 2 — 3 godziny. Przypadek niniejszy nasuwa przypuszczenie, że androstina wpływa w pierwszym rzędzie pomyślnie na mechanizm zwieraczy pęcherza. Powyższy wniosek skłania do prób stosowania preparatów hormonalnych *w enuresis nocturna*, które też były dokonywane przez prof. Dietla.

Doskonały rezultat osiągnięto w przypadku przerostu grucz. krokowego, wywołującego zupełne zatrzymanie moczu. 33-letni pacjent musiał być stale cewnikowany i mógł wkońcu przy najsilniejszem parciu oddać zaledwie 70 cm^3. moczu. Po zastosowaniu injekcji androstiny ilość oddawanego moczu zwiększyła się do 200 — 300 cm^3. Lepsze wyniki otrzymywano przez wstrzykiwanie androstiny B, niż wyciągu A. Prawdopodobnie i w tym przypadku hormon wpłynął na zwiększenie napięcia zwieraczy pęcherza przez lepsze ukrwienie układu moczo-płciowego.

Także u kobiet autor otrzymywał niezłe rezultaty w zaburzeniach pęcherzowych przez stosowanie żeńskich hormonów płciowych, jednak nie tak uderzające, jak u mężczyzn.

Dr. Wł. Kurowski.

——:o:——

J. BORAK i W. SCHLOSS. *Wskazania do leczenia roentgenem i radem nowotworów złośliwych.* (Indikationen der Roentgen — und Radiumtherapie bei malignen Tumoren). Die Aerztliche Praxis Nr. 1. 1935 r.

Wskazania do stosowania promieni roentgena względnie radu w przypadkach guzów złośliwych zależą od 1) ogólnych biologicznych własności guza, 2) od ich własności biologicznych specjalnie w stosun-

ku do energji promienistej, 3) od technicznych możliwości doprowadzenia promieni roentgena względnie radu do nowotworu.

Co się tyczy punktu I-go, to należy przedewszystkiem pamiętać, że rozróżnia się 3 stopnie złośliwości nowotworów i przy stopniu I-ym istnieje uszkodzenie tylko tkanki macierzystej nowotworu, przy stopniu II-im uszkodzenie tkanki również w miejscu bliskich przerzutów; przy stopniu III-cim — uszkodzenie w miejscu odległych przerzutów. Skutkiem czysto miejscowego działania promieni wyzdrowienie jest możliwe tylko przy I-ym stopniu złośliwości nowotworu; rzadkie są przypadki uleczenia przy stopniu II-im. Co się tyczy punktu II-go, to uleczenie nowotworu jest zależne od stopnia jego wrażliwości na energję promienistą, która powinna być większa od wrażliwości tkanki łącznej, mającej ogromne znaczenie w procesie bliznowania i gojenia. Wrażliwość ta zależy od charakteru tkanki macierzystej, która powinna pod wpływem promieni ulec nietylko zwyrodnieniu i zanikowi, ale również i regeneracji; istnieją nowotwory, które mogą zniknąć bez wywołania martwicy tkanki łącznej. Nowotwory takie nazywają się konstytucjonalne wrażliwemi na energję promienistą. Należą do nich np. lymphoblastoma, seminoma i t. d.

Rozróżniamy również nowotwory konstytucjonalne niewrażliwe na energję promienistą, gdyż tak samo jak ich macierzyste podłoże, choć w różnym stopniu, zostają uszkodzone, ale nie doprowadzone do zupełnego zniknięcia. Należą do nich gruczolakoraki, mięsaki i glejaki.

Co się tyczy punktu III, to należy zaznaczyć, że im nowotwór jest głębiej położony, tem mniejsza dawka promieni roentgenowskich dociera do niego. Dzieje się to skutkiem pochłaniania promieni w powierzchownie położonych warstwach. Dotyczy to np. raka przełyku, a b. często i macicy. Nie wolno zaś zbytnio zwiększać dawki, gdyż wskutek kulistego rozchodzenia się promieni mogą również tkanki w otoczeniu guza ulec znacznemu uszkodzeniu. Spotyka się to np. przy leczeniu raka języka, zwłaszcza jego przedniego odcinka. Nie osiągamy więc rezultatu w leczeniu roentgenem w 2 przypadkach: 1) gdy guz jest tak położony, że docierająca doń ilość promieni jest zbyt ograniczona, 2) gdy ilość promieni, trafiająca w otoczenie, jest zbyt dużą. Autor przedstawia wyleczone przypadki nowotworów złośliwych z grupy konstytucjonalnie wrażliwych na energję promienistą i lymphosarcoma na szyji, raki skórne i spojówkowe, warg, policzka, migdałków, krtani i sromu.

Z grupy raków konstytucjonalnie niewrażliwych, które wskutek zupełnej anaplazji zostały doprowadzone do zniknięcia, przedstawia autor przypadek raka płuc, szczęki, mięsaka płuc i kości udowej i wreszcie raka sutka.

B. Leczenie radem odgrywa obok leczenia chirurgicznego i promieniemi roentgena pierwszorzędną rolę w walce z nowotworami. Często

trudna jest decyzja, który z tych sposobów leczniczych wybrać. Ogólnie jednak daje się nakreślić zasadnicze linje, ułatwiające wybór lekarzowi.

Najwdzięczniejsze i najszersze pole do leczenia radem przedstawiają raki skórne. Na II-cim planie stoją nowotwory języka, warg, i dróg oddechowych, zwłaszcza jamy ustnej, policzka, podniebienia i migdałków. Natomiast nowotwory krtani i przydatków gardła stwarzają duże trudności techniczne dla stosowania radu.

B. niepomyślnie przedstawia się sprawa stosowania radu w wypadkach raka przełyku. Położenie jego i łatwość, z jaką ulega uszkodzeniu jego otoczenie, stwarzają tak duże trudności dla stosowania radu zarówno miejscowo jak i z odległości, że tylko w pojedyńczych wypadkach udało się otrzymać dobre rezultaty.

Zupełnie odwrotnie przedstawiają się stosunki w wypadkach raka gruczołów piersiowych. Tutaj dostęp dla promieni radowych jest łatwy, natomiast na przeszkodzie stoi ich obraz histologiczny i mianowicie rozwijają się one na bogatem podłożu łącznotkankowem, którego nie można doprowadzić do zaniku.

Z narządów moczowych pęcherz stanowi obecnie przedmiot badań leczniczych. Rezultaty otrzymane nie są narazie zbyt pomyślne, aczkolwiek opisane już są wypadki zupełnego wyzdrowienia.

Z narządów przewodu pokarmowego odbytnica i odbyt w wypadku raka podlegają leczeniu radem. Podczas gdy przy raku odbytnicy pierwszeństwo należy się metodom operacyjnym, rak odbytu zachowuje się podobnie jak rak skóry i leczenie radem stoi tu na pierwszym planie. Przy rakach odbytnicy, nienadających się do operacji, jak również przy miejscowych nawrotach rad oddaje b. duże usługi, działając w dużej mierze uspokajająco na bóle.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

R. MORICARD. *Działanie moczu ciężarnych i jego wyciągów na jajnik królicy.* („Actions prolongées d'urine de femme enceinte et d'extraits dits antehypophysaires d'origine urinaire suivi de perte de réceptivité de l'ovaire de lapin a ces actions hormonales"). Gynécologie et Obstétr. Tome 31 Nr. 2, Février 1935.

Wstrzykując królicom mocz kobiet ciężarnych, czy też jego wyciągi spostrzega się, że działanie ich jest równowartościowe — uzyskuje się dojrzewanie pęcherzyków i następową ich luteinizację.

W macicy występują bardzo nieznaczne zmiany ciążowe.

Po 2 miesiącach wstrzykiwań zauważa się pewne różnice w otrzymywanych wynikach.

Po 2 miesiącach wstrzykiwania moczu jajnik zawiera tylko stare ciałka żółte i widać w nim wybitną reakcję śródmiąższową.

Po 4 miesiącach w sumie 80 wstrzykiwań = 400 cm^3 moczu jajnik jest około 3 razy większy niż normalny, zbudowany z tkanki śródmiąższowej, wśród niej znajduje się kilka pęcherzyków, których jama pęcherzykowa jest w drodze do zróżnicowania. Te pęcherzyki nie wykazują szczególnych cech zwyrodnienia.

Po wstrzykiwaniu jakoby hormonu przedniego płata przysadki, pochodzącego z moczu, po wstrzykiwaniach dożylnych spostrzega się w ciągu trzech tygodni dojrzewanie pęcherzyków z następowem tworzeniem ciałek żółtych, które osiągają swoje maximum w tym czasie. Przy sekowaniu jajnika spostrzega się 28 ciałek żółtych.

Po trzech miesiącach bujanie tkanki śródmiąższowej staje się bardzo intensywne i niema już więcej ciałek żółtych.

Po 5 miesiącach wstrzykiwań jajnik makroskopowo jest normalny, jest tylko nieco mniejszy. Wydaje się, że jest mniejsza ilość ovocytów w korze jajnika. Hisaw wykazał, że te jajniki stały się nieczułe na działanie wyciągu hormonu z moczu; są jednak czułe na działanie wyciągu z przedniego płata przysadki. Różnice histologiczne zaobserwowane po injekcjach moczu lub jego wyciągu nasuwają myśl, że istnieją czynniki, które mogą po długiem wstrzykiwaniu zmienić działalność hormonów jakoby przedniego płata przysadki zawartych w moczu kobiety ciężarnej.

Dr. Halina Szenicer.

KOMUNIKAT.

Komisja Zarządu Głównego Tow. Internistów Polskich, przygotowująca Zjazd Towarzystwa w Łucku, który się odbędzie około 20 września 1935 r. przypomina, że przedmiot obrad stanowią następujące referaty główne:

I temat: Marskość wątroby.

Anatomja patologiczna: referenci Prof. Dr. L. Paszwiewicz i Dr. A. Pruszczyński.

Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek.

II temat: Ropne sprawy płucne.

Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki.

Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki.

Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski.

Podając powyższe ponownie do wiadomości, komisja najuprzejmiej zaprasza do wzięcia udziału w Zjeździe. Tytuły referentów, dotyczące tematów głównych, oraz innych referatów lub pokazów prosimy nad-

syłać wraz z nazwiskiem referentów i streszczeniem (5 — 10 linijek maszynopisu), uwydatniających zasadniczą treść przemówienia, pod adresem sekretarza komisji. D-ra Józefa Wacława Grotta (Warszawa, ulica Wspólna 28), najpóźniej do dnia 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu narazić może prelegenta na nieumieszczenie jego wykładu w programie Zjazdu, co według statutu odebrałoby mu możność wygłoszenia wykładu na Zjeździe.

Przewodnictwo Komitetu Miejscowego w Łucku objął Lekarz Wojewódzki p. Dr. Witold Habich (Łuck, Kolonja Urzędnicza), do którego należy kierować zgłoszenia udziału w Zjeździe oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidjaskopja i t. p.) i komunikacyjnych.

Spis referatów, dokładny program i inne szczegóły dotyczące Zjazdu zostaną przesłane (po uiszczeniu opłaty zjazdowej) zgłaszającym swój udział w początkach września b. r.

Prezydjum Zarządu Głównego T. I. P.

(—) *Prof. Dr. Mściwój Semerau-Siemianowski*
przewodniczący.

(—) *Dr. Józef Skłodowski*
zast. przewodniczącego.

Dr. Józef Wacław Grott
sekretarz.

TREŚĆ:



REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5.04-91.